FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 410

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger BONNIN

Né le 13 janvier 1902, à Montipouret (Indre)

LES FORMES GASTRALGIQUES DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. ACHARD, *professeur*

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger BONNIN

Né le 13 janvier 1902, à Montipouret (Indre)

LES FORMES GASTRALGIQUES

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. ACHARD, *professeur*

Éditions Médicales Norbert MALOINE

27, rue de l'École-de-Médecine, 27

PARIS, 1930

DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BINET . . . . Physiologie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentale
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX. . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MILLOT. . . Histologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

REGRETTÉ

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

DE POITIERS, DE PARIS

A Monsieur le Docteur FLANDIN

A Monsieur le Professeur ACHARD

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

LES FORMES GASTRALGIQUES
DE
L'APPENDICITE CHRONIQUE

INTRODUCTION

L'appendicite chronique est une maladie assez fréquente et assez souvent opérée pour que son diagnostic puisse sembler facile. En réalité, il n'en est rien. Tantôt les signes cliniques sont tels que l'on en voit la véritable cause. Tantôt, et c'est le cas qui nous intéresse, les signes à distance prédominent et seuls peuvent attirer l'attention. C'est ainsi qu'un certain nombre d'appendicites sans réaction locale, ce qui est rare, ou avec réaction locale atténuée, se manifestent par des troubles gastriques prédominants.

M. Flandin, et d'autres auteurs français et étrangers, ont publié un certain nombre d'observations concernant diverses formes de manifestations gastriques secondaires d'origine appendiculaire et montrent par l'étude de ces différents cas, les difficultés que l'on rencontre pour faire un diagnostic exact. Ces gastralgies peuvent être causées par une atteinte de l'organe lui-même, mais encore par

d'autres lésions à distance pouvant siéger au niveau de la vésicule biliaire, de l'intestin, du rein, de la vessie..., etc. D'où la complexité du problème.

Ces appendicites s'observent surtout à partir de la seconde enfance jusqu'à l'âge de 35 ans environ avec sensiblement la même fréquence dans les deux sexes.

Les gastralgies présentées par ces malades ne surviennent presque jamais d'emblée. Ils ont toujours un passé gastrique, souvent long de plusieurs années, deux, trois, six ans et plus. Des deux catégories de malades que nous envisageons, ceux de la première offrent dans leurs antécédents des épisodes aigus d'appendicite qui orientent immédiatement le diagnostic causal. Ceux de la seconde ont une appendicite d'une chronicité telle qu'ils n'éprouvent qu'une simple gêne dans la fosse iliaque droite et sont impressionnés surtout par des troubles digestifs plus ou moins discrets : digestions pénibles, bouffées de chaleur, envies de dormir après les repas..., etc., qui s'atténuent ou disparaissent pour reparaître à l'occasion d'un écart de régime ou d'une fatigue; mais ces symptômes s'accentuent petit à petit, augmentent en nombre et en intensité malgré des périodes d'accalmie et amènent le plus souvent le malade à consulter au moment où il présente une dyspepsie assez prononcée avec quelquefois un retentissement très marqué sur l'état général.

Les lésions appendiculaires peuvent simuler dans leurs manifestations gastriques, différents types

d'affections. La symptomatologie que l'on rencontre est variable selon les cas. Ainsi chez l'enfant, on peut observer des vomissements à allure cyclique rappelant ceux du syndrome acétonémique. On peut avoir représenté le tableau clinique d'une dyspepsie hypersthénique ou moins souvent celui d'une dyspepsie hyposthénique. Enfin il n'est pas rare d'avoir un ensemble de symptômes qui caractèrisent le syndrome de sténose pylorique et font penser à un ulcère de cette région.

Nous allons essayer de faire cliniquement une étude d'ensemble des diverses formes gastralgiques de l'appendicite chronique pure. Il nous a semblé le plus logique, vu l'intrication des symptômes de ces différentes manifestations, de conserver la vieille division classique en dyspepsie hypersthénique et en dyspepsie hyposthénique ou sensitivo-motrice de A. Mathieu, en faisant cependant un chapitre spécial pour les phénomènes spasmodiques intéressant la région du pylore et qui sont les manisfestations les plus nettes que l'on rencontre parmi les troubles gastriques d'origine appendiculaire. Nous envisagerons dans l'étude de ces différents cas le diagnostic radiologique qui est souvent d'un très précieux secours puisqu'il permet presque toujours de confirmer ou d'infirmer un diagnostic clinique d'ulcère.

Nous nous proposons de décrire par ordre d'importance dans chacune des trois formes que nous considérons, l'élément douleur avec ses caractères, puis les autres symptômes : nausées, vomisse-

ment, etc..., qui selon leur mode de production et leur groupement contribuent souvent à former des types d'affections plus ou moins définis mais qui entrent dans les cadres que nous nous sommes tracés. Nous dirons chemin faisant quelques mots des troubles intestinaux qui s'intègrent souvent dans ces divers syndromes.

Nous avons nécessairement tenu compte, dans ce travail, des belles études publiées sur la question par Arbeit et par Gutmann. Pour notre part, nous nous sommes surtout proposé de dégager certains traits qui appartiennent à la clinique journalière, comme y a insisté M. Flaudin, et qui méritent de retenir toute l'attention du praticien.

SYNDROME PYLORIQUE

On constate chez un certain nombre de malades des manifestations fonctionnelles réflexes au niveau du pylore déterminant par spasme de la sténose avec ou sans stase et parfois un syndrome pylorique presque identique à celui que l'on peut observer dans certains cas d'ulcère. Parmi tous les troubles gastriques d'origine appendiculaire, il est le seul à présenter des caractères de netteté lui donnant une certaine individualité. C'est pourquoi nous allons d'abord procéder à son étude.

Le malade peut présenter le syndrome tardif d'emblée ou n'y parvenir qu'au bout d'un certain nombre d'étapes.

Au début on peut observer des phénomènes en apparence banaux après les repas : de la pesanteur, du ballonnement du ventre, des bouffées de chaleur au visage, puis apparaissent quelques douleurs sourdes qui s'en vont rapidement. Il n'est pas rare de voir des éructations, des nausées, puis au bout d'un certain temps les troubles digestifs évoluent et s'accentuent, les crises douloureuses changent d'horaire, il survient des régurgitations acides, des vomissements, on peut constater des alternatives

de diarrhée et de constipation. L'appétit est presque toujours conservé mais le malade peut présenter de la fièvre au moment des crises et voir son état général s'altérer.

Ainsi donc au bout de quelques mois et souvent de plusieurs années, les douleurs au lieu d'apparaître une demi-heure, une, deux heures après les repas ne se manifestent que 4 et 5 heures après. (Obs. VII et X).

D'autres fois au contraire, le malade peut présenter d'emblée dans la région épigastrique des douleurs post-prandiales tardives accompagnées d'un certain nombre de troubles que nous avons considérés : nausées et surtout vomissements qui peuvent contenir du sang, etc. Leur intensité au début est variable, mais elles tendent à s'accroître progressivement (obs. VII, IX et X).

Le syndrome tardif étant constitué, nous allons voir quels sont les caractères des principaux symptômes.

Les *douleurs* sont post-prandiales et surviennent généralement quatre et cinq heures après les repas. Leur début est rapide, elles atteignent vite leur intensité maxima. Elles peuvent apparaître la nuit vers une heure ou deux heures et réveiller le malade. Elles peuvent se manifester sous forme de brûlures, de crampes, qui s'accompagnent parfois de sensation de faim douloureuse : elles peuvent être térébrantes ou transfixiantes.

Leurs *irradiations*, quand elles existent, se font le plus souvent dans l'hypocondre droit, dans la région lombaire, parfois derrière l'apophyse xyphoïde et verticalement le long de l'œsophage.

Ces crises douloureuses ont une durée variable : une demi heure, une heure et plus et conservent ce caractère de périodicité journalière. Elles font place à des périodes de guérison relative dont la longueur peut être de quelques jours ou quelques semaines. Ces douleurs en outre disparaissent ou sont fortement atténuées par l'absorption d'aliments, de poudres alcalines, par le traitement belladonné ainsi que par les vomissements.

Il est également très fréquent de constater l'existence de *pyrosis* ; la brûlure œsophagienne apparaît souvent, elle peut être accompagnée par la régurgitation d'un liquide âcre et brûlant qui monte jusque dans la bouche et agace les dents.

Les *vomissements* viennent s'ajouter aux signes précédents, ils surviennent le plus souvent à la fin des crises douloureuses plus ou moins régulièrement. Ils sont constitués très fréquemment par un liquide acide d'hypersécrétion contenant des particules alimentaires. Plusieurs auteurs signalent l'existence d'*hématémèses*. Mais il n'en reste pas moins qu'elles ne sont pas très fréquentes dans le syndrome actuellement envisagé (On sait que l'hématémèse est connu depuis Dieulafoy dans l'appendicite aiguë toxique). Nous en rapportons seulement un cas (obs. IX).

Le melæna peut également faire partie du tableau symptomatique, mais c'est l'exception.

L'*évolution* de la plupart des troubles considérés est liée aux phénomènes spasmodiques. L'estomac lutte pour vaincre l'obstacle constitué au passage des aliments par le spasme pylorique. Il arrive, après un temps plus ou moins long, suivant le caractère de la sténose, que l'estomac se fatigue et se dilate davantage ; la stase augmente sans toutefois atteindre le volume de celles que l'on peut observer dans certains cas de sténose par ulcère ou cancer. Son volume n'est jamais considérable, il est le plus souvent petit, mais le spasme persistant les troubles digestifs peuvent augmenter et en particulier les vomissements sont plus abondants. Si bien que le malade maigrit, se déshydrate, ses forces diminuent, sa situation peut devenir intolérable et quelquefois critique, si l'on n'intervient pas médicalement d'une façon palliative et surtout chirurgicalement d'une façon curative.

L'examen physique nous permet de provoquer dans le cas où la stase existe ou lorsqu'il y a du liquide d'hypersécrétion, du clapotage à jeun. Par la palpation on met évidence la sensibilité de la zone gastrique, qui est plus ou moins douloureuse. Cette sensibilité présente un maximum à droite de la ligne médiane (ligne blanche) au niveau de la région pylorique. On peut en outre sentir l'estomac se contracter sous la main qui le palpe (observation VII).

L'étude du suc gastrique est pratiquée à l'aide du tubage qui permet de retirer souvent du liquide d'hypersécrétion dont l'examen nous fait déceler fréquemment une hyperchlorhydrie plus ou moins marquée. Dans certains cas l'acide chlorhydrique libre peut atteindre 1 gr 75 et l'acidité totale être de 3 gr. 60 (observation VIII).

L'examen radiologique est très important. Il nous offre le moyen d'étudier le spasme pylorique qui peut se présenter de différentes façons. Il peut être transitoire. Le sphincter pylorique se relâche, tantôt d'une façon complète, la bouillie barytée passant alors dans le duodénum avec une vitesse variable, tantôt d'une façon incomplète, elle passe alors sous forme d'un mince filet.

Le spasme peut être durable empêchant au cours de l'examen tout passage vers le duodénum malgré les manœuvres d'expression, et disparaître en présentant les mêmes degrés de relâchement que précédemment. Quand le relâchement est brusque la bouillie barytée se précipite en masse vers le duodénum. Le spasme peut varier selon les époques : disparaître ou s'atténuer à certaines, durer et persister pendant des périodes entières. L'estomac peut être animé de contractions violentes auxquelles succède une phase de repos permettant de constater que sa grosse tubérosité ou lui-même marque un degré d'atonie ou de dilatation jamais bien accentuées (arythmie gastrique). On peut constater du retard dans l'évacuation du repas opaque.

Il est possible également d'observer de l'antipéristaltisme (Hurst).

Quand le pylore est spasmé les contractions les plus vives cessent ou s'atténuent au niveau de la région spasmée. Une déformation apparaît en même temps que le spasme, faisant penser à un ulcère. Il est alors souvent nécessaire de faire plusieurs examens afin de voir si cet aspect diverticulaire persiste et se présente chaque fois.

S'il est dû à un spasme, il peut disparaître ou tout au moins se modifier, dans ce cas l'onde péristaltique ne s'arrête pas sur le spasme mais en modifie pendant le temps de son passage les caractères, la profondeur et le siège.

D'autre part l'examen après traitement belladoné permet de constater la disparition de la déformation. D'autres fois la déformation peut être causée par un repli de la muqueuse. Lorsque l'onde peristaltique arrive près de l'image suspecte, celle-ci n'a plus des limites aussi nettes, son étendue diminue, puis quand la vague l'atteint, elle disparaît complètement et les contours de l'estomac deviennent temporairement normaux (obs. VII).

C'est dire le haut intérêt de la radioscopie dans ce syndrome pylorique ; elle permet d'éliminer le diagnostic d'ulcère ; et puisque au nombre des causes de spasme pylorique réflexe nous savons que l'on peut compter l'appendicite chronique, il sera de bonne règle de faire au cours du même examen une exploration de la région iléo-cœcale sous écran.

SYNDROME HYPERSTHÉNIQUE

Nous avons vu que le sydrome pylorique s'individualise cliniquement par les douleurs et les vomissements avec leurs caractères respectifs. Dans les autres formes de dyspepsie hypersthénique les douleurs ont comme caractère commun de n'apparaître que deux à trois heures après les repas, elles sont post-prandiales tardives et ne sont pas souvent accompagnées de vomissements.

Les douleurs commencent deux à trois heures après les repas, leur apparition est rapide et elles atteignent vite leur plus grande intensité. Leur durée varie d'une demi-heure à une heure et quelques fois plus si bien qu'elles peuvent dans certains cas se prolonger, en s'atténuant presque toujours, jusqu'au repas suivant.

Elles se manifestent généralement sous forme d'aigreurs, de brûlures épigastrique ; parfois de crampes, mais celles-ci se rencontrent surtout dans le syndrome pylorique ; elles siègent au creux épigastrique et peuvent présenter le caractère transfixiant.

Il n'est pas exceptionnel qu'elles révètent le caractère de faim douloureuse, mais cette sensation est plutôt observée dans le cas de spasme du pylore

avec sténose ainsi que dans certains cas de phénomènes spasmodiques siègeant sur une autre portion de l'estomac.

Les irriadiations de ces douleurs se font fréquemment sous forme de brûlures derrière l'apophyse xyphoïde verticalement le long de l'œsophage et parfois dans l'hypocondre gauche lorsque le spasme siège sur la petite courbure et simule un ulcère de cette région (obs. VI).

Les douleurs tardives accompagnées de faim se traduisent parfois par une sensation de faiblesse, de vide intérieur, d'état nauséeux. D'autres fois, elles sont surtout marquées par un sentiment d'angoisse. Elles ont une intensité variable, dépendant de la sensibilité propre de chaque malade. Les crises douloureuses n'atteignent presque jamais le caractère de violence que l'on rencontre dans certains ulcères ou dans certaines manifestations vésiculaires. Ces douleurs, nous l'avons déjà vu, possèdent un caractère important ; celui d'être calmées par les aliments, par les alcalins et dans certains cas par la belladone. L'atténuation des douleurs est complète au bout de quelques minutes après l'absorption, elle peut persister ou bien être supprimée momentanément et nécessiter de nouvelles prises de médicaments. Il n'est pas rare de voir certains malades se plaindre de brûlures œsophagiennes.

Le pyrosis est assez fréquent; il semble plutôt attribuable d'une façon générale, à l'hyperesthésie locale qu'à la modification chimique du liquide de

sécrétion. En plus de ces phénomènes douloureux, il n'est pas exceptionnel de constater un état nauséeux variable dans ses manifestations.

Les nausées que le malade présente peuvent revêtir la forme de simple sensation du mal au cœur léger jusqu'à un état nauséeux persistant ; elles subissent l'influence de diverses circonstances ; elles apparaissent et augmentent à la suite des repas, et par la palpation de l'abdomen. Il existe un signe très intéressant pouvant attirer l'attention du côté de l'appendice et mis en évidence en exerçant seulement une légère pression au point de Mac Burney : on détermine alors un état nauséeux parfois très accusé. (obs III, VII).

Aux symptômes précédents s'ajoutent assez fréquemment *les vomissements*. Chez certains malades, ils n'existent pas ; chez d'autres ils sont épisodiques ; enfin ils peuvent faire partie intégrante du tableau clinique. Ils peuvent être soit précoces, soit tardifs, traduisant ainsi que nous l'avons vu un blocage spasmodique du pylore.

Parmi les signes considérés comme étant d'ordre vagotonique, on peut parfois trouver la sialorrhée, les vertiges, la cryesthésie, enfin on peut observer des troubles cardiaques.

Certains troubles viennent encore augmenter le nombre de ceux que nous avons constatés.

La constipation n'existe pas toujours, mais elle est assez fréquente (obs II, III, IX).

Elle alterne parfois avec des débâcles diarrhéiques.

La diarrhée est due à l'estomac qui se montre soit trop actif soit producteur d'une trop grande quantité d'acide chlorlydrique. Dans le 1er cas le chyme est évacué brusquement et trop tôt dans un intestin qui réagit. Dans le 2e cas la présence d'acide chlorhydrique en excès détermine des spasmes provoquant des débâcles diarrhéiques liées à des crises douloureuses gastriques (obs IV et IX).

L'évolution de ces troubles présente dans l'ensemble une allure assez irrégulière. On observe une certaine périodicité dans la production journalière des crises douloureuses, mais on n'en constate presque jamais dans l'année. Les périodes où le malade souffre sont mal définies ; elles durent tantôt une ou plusieurs semaines, tantôt plusieurs mois, elles débutent par une augmentation progressive des troubles qui s'atténuent lentement pour aboutir à un état de guérison ou de demi-guérison temporaires. Il est fréquent de voir ces périodes d'acalmie marquées par de courtes reprises des symptômes.

De même pendant les périodes douloureuses le malade peut rester un ou deux jours sans souffrir.

Les améliorations ne ressemblent pas à celle de l'ulcus typique qui sont brusques et spontanées, la guérison apparente succède quasi-subitement à la période des crises. « Les améliorations sont amenées par les régimes, les traitements, le repos, les vacances ; la maladie reprend à l'occasion de l'inobservance du régime, de l'absorption de certains aliments, de chagrins, de fatigues ; ainsi donc ces

dyspepsies sont améliorées par le traitement ou les circonstances qui agissent directement sur la cause, accrues par les conditions inverses » (Gutmann).

L'examen clinique du malade nous permet de constater fréquemment un certain amaigrissement, parfois de la pâleur de la face localisée dans la moitié inférieure du visage ; la bouche est cernée de blanc ou plus exactement d'une teinte pâle cireuse réalisant le masque appendiculaire de Enriquez (obs. III).

La palpation permet de constater certaines modifications, en particulier la sensibilité spéciale de la région épigastrique avec prédominance au point solaire. Il peut exister de l'aérophagie mise en évidence par de la sonorité dans l'hypocondre gauche.

Nous allons maintenant considérer le chimisme gastrique.

Le suc gastrique n'est pas toujours secrété en quantité normale, il n'est pas rare de se trouver en présence d'une surproduction. Le liquide d'hypersécrétion peut exister en plus ou moins grande quantité sans jamais atteindre un volume considérable. Cette hypersécrétion survient parfois au moment des repas, elle est difficile à mettre en évidence. Elle peut être post-digestive et décelée par la présence de liquide à jeun dans l'estomac. Il faut alors se rendre compte si ce n'est pas du liquide de stase dû à certains spasmes du pylore. Dans ce cas le trouble n'est pas durable, il est épisodique.

L'étude de l'acidité du suc gastrique permet assez souvent de constater de l'hyperchlorhydrie (obs. III et VIII).

L'examen radiologique dans les spasmes du pylore est souvent d'un précieux secours, il en est de même parfois dans certains spasmes de la petite courbure simulant l'ulcère correspondant. Il nous donne le moyen en outre de mieux apprécier le comportement de l'estomac. Il est en général petit et hyperkinétique. Les contractions péristaltiques sont variables ; elles sont plus ou moins nombreuses et violentes. Le chyme passe rapidement de l'estomac dans le duodénum. L'irritation nerveuse de l'estomac peut se traduire par un spasme médio-gastrique simulant la biloculation (Hurst). Mais dans ce cas la partie inférieure de l'estomac se remplit d'abord, contrairement à ce qui se produit dans une déformation organique causée par un ulcère. D'autres fois on peut avoir une diverticule, du type de la niche siégeant sur la petite courbure et simulant un ulcère de cette région (obs. VI).

Contrairement à ce que nous avons vu précédemment, le spasme que nous pouvons observer parfois dans les dyspepsies hypersthéniques est pour ainsi dire essentiellement transitoire. Il n'est pas durable comme celui que l'on peut constater dans le syndrome pylorique.

Là encore la radiologie nous est très utile pour le choix de la conduite à tenir.

SYNDROME HYPOSTHÉNIQUE

Les troubles dyspeptiques hyposthéniques paraissent un peu moins fréquents que les précédents. Ils ont comme caractère commun de s'installer immédiatement ou très peu de temps après les repas, ils sont post-prandiaux précoces.

Le malade peut éprouver une simple gêne, de la pesanteur, du gonflement, une douleur qui est souvent sourde, sans caractères bien définis, ce peut être une brûlure mais ce n'est à peu près jamais une douleur vraie, une crampe ; il a parfois des nausées et peut présenter de l'aérophagie, il peut avoir des renvois acides. Il arrive que les sensations éprouvées par le malade soient telles qu'il ait envie de se déboutonner, de se délacer. Il manifeste parfois le besoin de s'étendre. On constate des envies de dormir fréquentes, et il arrive que le malade se trouve dans un état de demi-torpeur. Il est asthénique à un degré plus ou moins accentué, il a des difficultés pour se livrer à un travail intellectuel ou à un exercice physique pendant sa digestion. D'autre part, il est indéniable que les troubles que nous avons énumérés sont influencés par différents facteurs ; en particu-

lier, ils paraissent d'autant plus grands et plus durables que les repas sont plus copieux (obs. XI).

Beaucoup de malades voient ces troubles s'atténuer lorsqu'ils se mettent après les repas dans le décubitus. L'appétit est le plus souvent diminué : Ainsi lorsque le malade a faim en se mettant à table, il est fréquent de constater que la satiété arrive dès les premières bouchées.

On peut constater une accentuation de ces troubles, dans ce cas les phénomènes post-prandiaux deviennent plus marqués, parfois même ils sont douloureux et peuvent s'accompagner temporairement de vomissements ou d'efforts de vomissements.

Dans un assez grand nombre de cas, aux signes précédents s'ajoutent souvent de la diarrhée ou de la constipation, et même il est fréquent de les voir alterner. Lorsque le liquide secrété par l'estomac contient une quantité insuffisante d'acide chlorhydrique, la diarrhée survient presque immédiatement après le repas. Tout se passe comme si le contrôle acide du pylore n'existait plus. Lorsque le suc gastrique est inactif, le pylore ne reste pas fermé pendant un temps suffisant pour qu'une bonne digestion stomacale puisse s'effectuer en sorte que le chyme reçu par l'intestin est irritant. Ce dernier réagit par diarrhée.

L'évolution de la dyspepsie hyposthénique est comme celle de la dyspepsie hypersthénique, marquée par des périodes d'améliorations et d'aggravations qui se succèdent par lente transition. Elle est

favorablement influencée par le repos, le régime,les vacances.

Quand la maladie s'aggrave, les sédations sont de moins en moins nombreuses en sorte qu'un état de dyspepsie continue finit par s'installer. Il peut être entrecoupé de temps à autre cependant par des améliorations de plus en plus brèves. Après un temps plus ou moins long on peut finir par avoir le tableau de la forme grave de la dyspepsie hyposthénique. Le malade est pâle, amaigri, fatigué, fébrile parfois, l'appétit est nul, l'alimentation tout à fait déficiente. Comme toujours l'estomac est atteint par la dénutrition qu'il a lui-même créé et l'inanition augmente encore l'atonie musculaire gastrique (obs. XI).

Les réactions nerveuses à distances sont à leur maximum.

Il s'agit alors réellement d'une maladie grave, avec amaigrissement, déshydratation, anémie, et finalement véritable cachexie. C'est dans ce cas qu'on trouve surtout ce trépied ; anorexie, nausées et vomissements, signes que Dupuy de Frenelle met en valeur dans son livre sur l'appendicite.

L'examen clinique du malade nous montre fréquemment un amaigrissement assez considérable. Le visage présente souvent l'aspect du masque appendiculaire de Enriquez. Il est fréquent de constater du clapotage à jeun, l'estomac étant presque toujours atone et le plus souvent dilaté. La recherche des points douloureux ne donne rien la plupart du

temps. Les malades souffrent toujours de leur creux épigastrique hyperesthésié. Dans le cas de ptose assez accentuée le relèvement de l'estomac peut diminuer la douleur.

L'étude *du suc gastrique* peut nous montrer une sécrétion diminuée, normale ou augmentée ce qui n'est pas extrêmement fréquent. L'examen du suc gastrique nous permet de constater assez souvent de l'hypochlorhydrie et parfois de l'hyperchlorhydrie.

L'étude du chimisme gastrique des dyspepsies hypersthéniques et hyposthéniques est intéressante surtout au point de vue des indications thérapeutiques.

Il est intéressant de compléter les renseignements fournis par la clinique et le laboratoire par des données radiologiques.

L'examen radiologique permet de constater sur les malades debout les différents stades de l'atonie gastrique. L'estomac simplement hypotonique, après absorption de bouillie barytée a sa partie supérieure qui s'étire, s'amincit tandis que la partie inférieure tend à s'élargir. A un degré plus accentué la partie moyenne du corps de l'estomac s'étire (fausse biloculation), prend l'aspect filiforme alors que la partie inférieure augmente, l'espace qui sépare la grande de la petite courbure s'accroît. Enfin il arrive que l'atonie est assez considérable, l'estomac présente alors un bas fond distendu. Le muscle gastrique fatigué ne réagit plus aussi vigoureusement, d'où une mauvaise évacuation (obs. XI).

La mauvaise évacuation est parfois accentuée par une ptose assez importante. Il peut se faire que le pylore et le duodénum aient procédé au même mouvement de descente que l'estomac. Dans ce cas on ne constate aucune gêne à l'évacuation.

D'autres fois le pylore et le duodénum restent en position élevée par rapport au bas fond de l'estomac, il en résulte une gêne de l'évacuation.

Enfin il arrive que le *genu superius* reste fixe, que le bulbe reste élevé : il en résulte comme précédemment de la gêne à l'évacuation.

SIGNES APPENDICULAIRES

Après avoir examiné les diverses réactions gastriques causées par l'appendicite chronique nous allons voir si dans le tableau clinique où dominent les symptômes gastralgiques il existe des signes locaux de lésions appendiculaires susceptibles d'orienter le diagnostic et comment ils se manifestent.

Il existe un certain nombre de malades se plaignant de gêne, de tiraillements, de douleurs dans la fosse iliaque droite, qui ont dans leurs antécédents plusieurs épisodes aigus d'appendicite avec douleur à la palpation, nausées ou vomissements et constipation imposant le diagnostic.

C'est pourquoi nous envisagerons tout particulièrement l'appendicite chronique d'emblée dont les manifestations locales sont plus ou moins variées et nettes.

Parmi les malades un certain nombre ne présentent que des symptômes appendiculaires subjectifs. Ils n'éprouvent qu'un peu de gêne, qu'une légère douleur intermittente dans la fosse iliaque droite, la palpation même profonde ne révèle rien de précis (obs. I, III, VI).

D'autres malades, beaucoup plus nombreux, présentent des signes objectifs et subjectifs. Comme précédemment, ils peuvent éprouver de la gêne, une certaine pesanteur dans la fosse iliaque droite ainsi que des douleurs plus ou moins marquées. Après une station debout prolongée apparaissent parfois comme des coups d'épingle, des élancements et même des tiraillements après une marche prolongée dans la zone iliaque. La palpation méthodique de la fosse iliaque droite permet chez un certain nombre de ces malades de mettre en évidence quelquefois un peu de sensibilité de la paroi abdominale avec une légère contracture du grand droit (obs. VII).

Chez d'autres, seule la palpation profonde révèle l'existence d'une petite induration, d'une petite masse cylindrique, grosse comme un crayon et qui roule sous les doigts, qu'on a considéré pendant longtemps comme étant l'appendice. Peut-être n'est-ce dans bien des cas qu'un faisceau musculaire contracté, le rebord interne du cæcum, ou bien la terminaison de l'iléon.

Parfois la douleur est assez nettement réveillée sur le bord interne du cæcum lorsque la main qui palpe en râclant le fond de la fosse iliaque de dedans en dehors, arrive au niveau de l'appendice. Quelquefois au contraire, le point douloureux n'est constaté qu'en un point précis et nettement circonscrit qui répond plus ou moins au point de Mac Burney. Car on sait qu'il a été décrit en plus de ce siège

maximum de la douleur, classiquement connu, plusieurs autres points dont les principaux sont : les points de Lanz, de Morris, de Murro, de Lentzmann, de Clado. On s'aidera utilement, le malade étant couché, de la palpation modérée de la région appendiculaire combinée au mouvement d'élévation de la cuisse droite, la jambe étant étendue ; la contracture du psoas pousse l'appendice contre les doigts.

Dans ces cas, si on ne peut toujours conclure d'une façon formelle le diagnostic est cependant la plupart du temps orienté vers celui d'appendicite (obs. II).

Enfin il arrive que les signes appendiculaires sont obscurs. L'appendice ne se manifeste par aucun des signes locaux habituels et n'est décelée qu'après une intervention chirurgicale.

Elle détermine parfois des réactions de voisinage : soit au niveau du rein droit, des douleurs lombaires ; soit au niveau du foie et des voies biliaires des réactions, douleurs irradiées qui éclipsent apparemment les manifestations appendiculaires (appendiculo-cholécystite). Ce n'est qu'à l'ouverture de l'abdomen que l'on constate en particulier pour le foie et ses annexes qu'ils sont presque intacts et que l'appendice surtout présente des lésions.

Dans tous les cas où il existe un certain degré de toxi-infection le malade a un visage terreux, présente le masque appendiculaire de Enriquez. On peut observer des poussées thermiques à type varia-

ble et ressemblant parfois à des poussées palustres (Flandin) (obs. VIII).

L'infection profonde peut être décelée par la polynucléose sanguine (obs. II et VIII).

Examen radiologique. — Il est de règle chez les malades présentant des troubles dyspeptiques et dont l'estomac est examiné radiologiquement de pousser l'exploration plus loin et de voir le comportement des premières portions de l'intestin ainsi que l'état du cæcum et de l'appendice. Dans le cas ou le contour du cæcum n'est pas nettement senti la radiologie est d'un précieux secours. La topographie cutanée est infidèle attendu que en plus des différents points douloureux qui ont été décrits pour l'appendice il en existe une douzaine tout autour qui répondent à d'autres organes. La recherche précise et localisatrice de ces points paraît d'autant plus inutile que s'il existe des adhérences le cæcum peut être fixé dans n'importe quelle position. Dans le cas où il n'en existe pas, il est parfois très mobile et peut se trouver n'importe où depuis la région sous-hépatique jusqu'au-dessus du pubis. La radioscopie permet au doigt et à l'œil de réaliser une synthèse qui montre où est le cæco appendice et comment il se présente. Elle donne le moyen de répérer exactement le point douloureux (obs. II, III, VIII).

Cet examen radioscopique ne peut être intéressant et n'a de valeur pour l'intestin et pour l'estomac lui-même que s'il est fait en position debout d'abord puis en position couchée. C'est de cette

façon seulement qu'on peut se rendre compte si le cæcum est fixe ou mobile. Cette manœuvre permet de conclure qu'il existe dans le 1er cas des adhérences, d'affirmer dans le second qu'il n'en existe pas de serrées, de voir si l'angle colique droit se déplisse librement ou reste formé. On pourra voir également si l'intestin est spasmé (entéro-spasme) s'il n'y a pas d'étranglements, enfin s'il n'existe pas de ptose colique.

Ainsi donc par cet examen nous voyons quel est le comportement de l'intestin. Quelles sont les lésions de voisinage (adhérences) qui peuvent être à la base de certains des troubles constatés et surtout nous pouvons de cette façon préciser le siège maximum d'une douleur qui intéresse l'appendice.

DIAGNOSTIC DE CES FORMES

Causes d'erreurs.

Il existe un certain nombre d'appendicites avec réaction locale marquée qui ne sont pas exemptes d'erreurs de diagnostic. Ces erreurs sont dans certains cas peu ennuyeuses car il s'agit d'affections chirurgicales de la région.

Les lésions peuvent siéger sur une portion de l'intestin tout proche de l'appendice, comme la coudure de Lane ; elles peuvent être plus importantes comme la périty phlite avec adhérences. Il peut s'agir de tuberculose iléo-cæcale et même d'une tumeur. Elles peuvent être cæco-coliques comme la péricolite droite dont les lésions parfois assez étendues causent l'accolement en canons de fusil du côlon ascendant et du transverse. L'épiploon est souvent atteint et l'épiploïte fréquente.

Il est intéressant dans ces cas d'avoir recours en plus des divers examens, à la radiologie avant l'opération, car un examen bien fait permettra de faire le diagnostic et dans le cas douteux de préférer à l'incision esthétique une ouverture large (obs. VII, XI).

Dans d'autres circonstances l'intervention habituelle pour pratiquer l'appendicectomie est inutile.

On peut prendre pour une lésion appendiculaire, une affection d'un autre organe. C'est ainsi qu'une pyélonéphrite, une hydronéphrose, une lithiase rénale ou vésicale, une chololécystite, peuvent se signaler par des douleurs vers la région de Mac Burney. Il n'est pas exceptionnel non plus d'avoir affaire à une affection de l'ovaire et de la trompe droits, dans ces cas un examen gynécologique sérieux fait éviter l'écueil.

Chez d'autres malades au contraire, les signes appendiculaires locaux étant inexistants ou peu nets, il en résulte que les signes gastriques seuls attirent l'attention et parmi ceux-là nous retiendrons tout spécialement la douleur qui avec toutes ses modalités permet souvent d'orienter le diagnostic.

Nous ne prétendons pas faire le diagnostic différentiel de toutes les affections susceptibles de prêter à confusion. Nous ne ferons que citer les douleurs épigastriques causées par des compressions nerveuses, lésions vertébrales, par des aortites abdominales, par des lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

Nous ne retiendrons pas non plus les périviscérites qui ont comme caractère de se manifester par des douleurs continues ayant presque toujours la même intensité.

Nous éliminerons encore celles des cénestopathes

et des nerveux qui échappent à toute description systématisée et ont comme caractères d'être variables, d'intensité générale faible, et de n'avoir aucun rapport constant avec les repas.

Dans tous ces cas par les divers moyens d'investigation connus, le plus souvent il est facile de faire le diagnostic.

Nous retiendrons donc seulement les cholécystites et l'ulcère d'estomac.

Cholécystites. — Les périodes douloureuses sont courtes : de un à huit jours et le plus souvent trois jours. Elles sont plus intenses que les douleurs épigastriques d'origine appendiculaire. Elles débutent plus brusquement et leur apparition est souvent provoquée par un écart de régime (aliments gras). Elles coïncident fréquemment chez les femmes avec les règles. Elles présentent des irradiations spéciales dans l'épaule droite et même parfois dans le bras correspondant. Ces irradiations sont typiques, on ne les rencontre pas dans l'appendicite. Celles de la région lombaire, de la région rétro-sternale, peuvent s'observer dans les manifestations gastriques de l'appendicite.

Enfin il n'est pas rare de voir des manifestations nauséeuses et douloureuses durer pendant deux ou trois jours sans arrêt.

Cet état nauséeux si durable se rencontre plus souvent et est même vu presque uniquement dans la cholécystite.

Enfin l'existence d'ictère dans les antécédents et

à l'examen est en faveur d'une origine vésiculaire.

Mais s'il y a des cas bien tranchés on n'ignore pas d'autre part l'association des lésions appendiculaires et vésiculaires : appendiculo-cholécystites.

Ulcères. — Parmi les affections gastriques, l'ulcère d'estomac est celle qui est le plus souvent simulée par certaines dyspepsies d'origine appendiculaire.

Les malades ont des périodes où ils souffrent, d'autres où ils ne souffrent pas. Ces périodes sont nettement délimitées séparées les unes des autres : pendant la période où le malade ne souffre pas il paraît guéri. Les périodes douloureuses sont plus nettes et franches que celles qu'on observe dans les dyspepsies hypersthéniques et plus souvent même que dans les phénomènes spasmodiques du pylore. Les périodes douloureuses débutent brusquement. En plein régime, survient une crise, et les crises généralement plus violentes reviendront quelques heures après les repas, pendant trois semaines ou un mois, chaque jour. Ce dernier caractère est également net dans l'ulcère. Contrairement aux douleurs des dyspepsies qui peuvent disparaître brusquement pendant un ou deux jours, il n'y a pas de jours de manque dans les périodes de l'ulcère. La période douloureuse se termine assez rapidement et là encore le régime ne joue pas un grand rôle, le malade peut cesser de souffrir avec une alimentation non réglée (Gutmann).

Les diverses périodes douloureuses ont à peu

près la même durée, chez un même malade (tant que l'ulcus ne se sténose ni s'extériorise). Ces périodes de sédations intercalaires sont également bien tranchées. Elles sont plus longues en général, plusieurs mois ; elles sont complètes : le malade ne souffre plus ou de façon minime, il se croit guéri. Quand, et c'est l'immense majorité des cas, l'ulcère ne s'accompagne pas de gastrite, le malade peut dans ses périodes intercalaires manger n'importe quoi. La durée des périodes est indépendante du régime et du traitement suivi. Le début de la nouvelle période de douleurs ne survient pas à la suite d'un écart de régime. Contrairement à ce que l'on voit fréquemment dans les dyspepsies hypersthéniques et même dans le syndrome pylorique d'origine réflexe.

L'hématémèse et le melæna sont plutôt en faveur d'un ulcère d'estomac ou pyloro-duodénal mais cependant on constate parfois ces signes dans les phénomènes spasmodiques réflexes du pylore.

La fièvre se voit surtout dans l'appendicite et rarement dans l'ulcère.

Enfin les antécédents et l'évolution des troubles ont une grande importance.

Nous voyons que les signes cliniques qu'on observe dans certains cas de spasmes du pylore déterminant le syndrome pylorique sont presque les mêmes que ceux que l'on rencontre dans certains ulcères. Le plus souvent dans ces cas-là il n'existe

que des nuances (observation VII et IX). La radiologie permettra de trancher le diagnostic.

Certains auteurs prétendent que le tableau clinique causé par l'appendicité chronique et sensiblement « identique » à celui de l'ulcère est fréquent au point qu'il leur a fait dire que quand un malade a des signes cliniques d'ulcus, il a plus de chances d'avoir une appendicite chronique qu'un ulcus. C'est ce que le Pr Gosset rapporte en une formule concise ; « la plupart des ulcères d'estomac sont à l'appendice ».

Enfin on ne doit pas oublier qu'à côté des faux ulcéreux avec appendicite, il peut y avoir de vrais ulcéreux avec appendicite.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Lorsque les manifestations appendiculaires ne son pas importantes, qu'elles ne provoquent qu'une gêne aisément supportable il semble alors que le traitement médical et une diététique spéciale soient à instituer pour juguler les troubles gastriques et modifier les lésions appendiculaires. On obtient selon les cas de bons résultats par l'emploi de la médication alcaline et l'administration de calmants tel le bromure de camphre. Lorsqu'il existe des phénomènes spasmodiques assez considérables, il est indiqué d'ordonner des antispasmodiques dont la belladone est le chef de file. Mais quand après un certain nombre d'essais plus ou moins infructueux, le malade continue à souffrir de ses troubles gastriques et à mener une vie ralentie il nous semble indiqué de proposer l'intervention chirurgicale qui sera presque toujours acceptée.

Mais il en est autrement lorsque les signes appendiculaires sont nets, gênants, et impressionnent le malade. Dans ces circonstances, il nous paraît préférable d'éliminer le traitement médical et d'avoir recours immédiatement au traitement chirurgical qui aura le double avantage d'agir à la fois, sou-

vent d'une manière heureuse, en supprimant d'une façon définitive la cause des troubles gastriques et ces derniers eux-mêmes.

L'incision de choix, dans les cas qui nous occupent, n'est pas celle de Mac-Burney qui ne donne pas un jour suffisant.

Si les signes appendiculaires sont nets, cliniquement et surtout radiologiquement, on pourra discuter une incision iliaque assez large, du genre Jalaguier, permettant une exploration plus facile des régions avoisinantes du côlon ascendant, et des annexes chez la femme.

Mais au moindre doute, il ne faudra pas hésiter à recourir à la laparotomie sus-ombilicale médiane (Gosset). Cette incision donne un jour très large ; grâce à elle on peut explorer, non seulement le côlon droit, mais encore la région vésiculaire, l'estomac et le duodénum, où l'on pourra trouver parfois une lésion insoupçonnée.

Dans le plus grand nombre des cas, lorsque le diagnostic d'appendicite à forme gastralgique posé par la clinique s'est vérifié à l'intervention, l'amélioration post-opératoire est considérable et souvent même on observe une disparition de tous les symptômes. Il semble prudent néanmoins de continuer le régime pendant quelques mois.

Il peut arriver plus rarement que l'intervention donne des résultats moins favorables.

C'est ainsi qu'une proportion variable d'appendicectomisés n'éprouvent plus de douleurs au début,

ou tout au moins celles qu'ils ressentent sont atténuées, puis au bout d'un laps de temps, jamais bien long, elles reprennent quelquefois avec une intensité plus grande qu'avant l'opération, il arrive même de ne constater aucune amélioration. Ces échecs sont dus à l'existence de lésions de voisinage, périviscérite-épiploïte et même parfois à la présence de cholécystite ou d'ulcus qui continuent à évoluer. D'autres échecs demeurent inexpliqués.

L'existence de ces faits semble indiquer qu'une exploration large paraît presque toujours indiquée et qu'on devra toujours penser à l'existence d'une cholécystite ou d'un ulcus et à la possibilité de leur apparition tardive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Thèse d'Arbeit, juillet 1924)

Appendicite chronique : dyspepsie atonique, avec ptose. Appendisectomie : résection de l'épiploon malade. Pas de lésion du carrefour. Résultat très favorable.

Mlle D..., 15 ans. Entrée en décembre 1919 dans le service du Dr Enriquez.

Malade très amaigrie, cachectique, poids 33 kilos, présentant des troubles dyspeptiques caractérisés par un état nauséeux, surtout le matin à jeun, des digestions difficiles avec pesanteur après les repas. Pas de vomissements. Constipation. Température vespérale à 38 degrés.

L'examen montre un ventre très météorisé, il ne semble pas y avoir d'ascite Douleur de la région de Mac Burney. Aucun signe net d'appendicite.

La radioscopie montre un estomac ptosé, atonique, un cæcum paraissant fixé avec douleur cæco-appendiculaire.

Intervention le 24 décembre 1919 par le professeur Gosset. Laparatomie médiane sus-ombilicale. Estomac très dilaté. Epiploon lourd, très malade surtout dans sa partie gauche, épaississements formant des sortes de nœuds. Vésicule normale, duodénum normal, cæcum normal. Appendice coudé, retenu vers le détroit supérieur par une fausse membrane

embryonnaire que l'on libère. Appendicectomie par écrasement. L'épiploon tiré sur le côlon et sur l'estomac : « résection de l'épiploon ».

Amélioration considérable à la suite de l'intervention, la malade regagne 14 kilos en quelques mois ; disparition de la fièvre.

OBSERVATION II

(Thèse d'Arbeit, juillet 1924.)

Appendicite chronique, avec dyspepsie hypersthénique et troubles coliques. Appendicectomie ; exploration négative du carrefour sous hépatique. Disparition complète de la gastralgie. Persistance de crises de colite.

M. L..., 33 ans, entré le 20 juin 1922 dans le service du Dr Enriquez.

A commencé à présenter des troubles dyspeptiques en 1918, alors qu'il était prisonnier en Allemagne : douleurs abdominales, alternatives de diarrhée et de constipation. A son retour en France, crises avec coliques, constipation état nauséeux, sans vomissements. En 1920 se constitue un syndrome gastrique, de type hypersthénique. De temps à autre gastralgie extrêmement violente survenant en particulier à 5 heures du soir et à minuit, avec douleur maxima dans la région du carrefour. Les douleurs ne sont pas calmées par les aliments, elles cèdent spontanément. Atténuation nette après le traitement belladoné. Jamais d'hématémèse, ni de mélœna.

A l'examen, ventre souple, sans contracture localisée. Douleur vive à la palpation de l'épigastre et de la région du carrefour. Douleur au point de Mac Burney nettement cons-

tatée au moment des crises douloureuses mais s'atténuant au point de disparaître dans leur intervalle.

Radioscopie : estomac tonique de forme normale. Douleur du carrefour, avec hyperpéristaltisme duodénal. Douleur appendiculaire provoquée dans la position couchée. Cæcum spasmé et douloureux.

Formule leucocytaire ; 16.000 globules blancs dont 67 % de polynucléaires, 4 % d'éosinophiles.

Pas de sang, ni de parasites dans les selles.

On propose l'appendicectomie avec exploration du carrefour.

Intervention le 24 juillet 1922 par le professeur Gosset : « Incision médiane sus-ombilicale. Estomac, pylore, duodénum, vésicules : normaux. On va au cæcum, et on voit un appendice presque amputé par un rétrécissement marqué à la pointe. « Appendicectomie. »

Revu depuis deux ans par le Dr Dalsace, le malade n'a plus présenté aucune douleur stomacale. La pression de la région du carrefour a cessé rapidement d'être douloureuse, le malade a continué à souffrir de crises coliques, avec douleur tantôt de la région cæcale, tantôt du côlon descendant de l'S iliaque.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Appendicite chronique avec dyspepsie hypersthénique. Appendicectomie. Résultat très favorable.

Mme M..., 32 ans, est vue pour la première fois le 14 janvier 1926. Elle se plaint d'avoir depuis une huitaine d'années environ, des douleurs peu importantes dans la fosse

iliaque droite, d'éprouver parfois dans cette région quelques tiraillements, mais ces troubles ne la préoccupent pas. Elle est le plus souvent constipée. Cependant au bout d'un certain temps, vers 1922, surviennent des troubles digestifs se traduisant par des digestions lentes, de la pesanteur stomacale, des bouffées de chaleur, puis plus tard apparaissent des douleurs épigastriques assez intenses à caractère térébrant, deux heures et demie à trois heures après les repas. Elles surviennent également la nuit et réveillent la malade. Les douleurs semblent être un peu calmées par l'absorption d'aliments. La malade a en outre des aigreurs, des nausées du pyrosis. Quelquefois même il existe un état nauséeux assez marqué. Elle a maigri de 8 kilos en un an et demi. Elle a un teint terreux, d'autre part elle a un cercle péribuccal grisâtre très net. Elle dit qu'il lui arrive quelquefois d'être fiévreuse.

L'examen de l'abdomen ne révèle aucune défense musculaire. Cependant il existe à la palpation profonde un point un peu sensible dans la région de Mac Burney.

Les autres appareils ne présentent rien de spécial.

On note une certaine amélioration à la suite d'un régime, de la médication alcaline, à laquelle on adjoint plus tard un traitement belladoné.

La radioscopie montre un estomac peu dilaté, ptosé. Une évacuation plutôt lente. On provoque une douleur au point solaire, et une douleur au point appendiculaire.

La malade est vue à nouveau le 28 octobre suivant. Elle vient consulter cette fois parce que ses troubles digestifs se sont accentués, elle a des brûlures, et que l'action des divers médicaments employés n'est plus aussi durable. Elle

doit renouveler les doses fréquemment. Elle a encore maigri, elle est impressionnée par cette accentuation des troubles auxquels se joignent parfois des vomissements alimentaires survenant plutôt à la fin de la crise douloureuse qui peut durer 1 heure 1/2 et plus.

On la passe de nouveau à la radio. On observe en plus des modifications constatées 8 mois auparavant, un spasme transitoire de la région pylorique qui est légèrement douloureuse. De même on détermine une douleur peu intense dans la région appendiculaire.

Le suc gastrique examiné montre une légère hyperchlorhydrie. On décide d'intervenir chirurgicalement et le 12 novembre 1926, la malade est opérée. Une incision de Mac Burney large est pratiquée. On trouve un appendice un peu dilaté et assez vascularisé dont l'ablation est faite.

A la suite de cette appendicectomie, les troubles s'atténuent considérablement puis finissent par disparaître, cependant la malade suit un régime encore pendant quelques mois et finit par cesser, actuellement elle n'éprouve aucune gêne et peut mener une vie active.

OBSERVATION IV

(Thèse d'Arbeit, juillet 1924)

Appendicite chronique avec dyspnée hypersthénique. Biloculation spasmodique. Exploration du carrefour négative. Résultat très favorable.

M. P..., 33 ans. Entré le 14 janvier 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Dyspepsie datant de six ou sept ans. D'abord légère dou-

leur après le repas, pesanteur, ballonnement. Puis apparition de douleurs épigastriques à type tardif, survenant quatre à cinq heures après les repas, en particulier vers minuit. Parfois régurgitations aqueuses ou bilieuses. Appétit conservé. Evolution par crises, s'accompagnant parfois de fièvre. Troubles intestinaux fréquents : coliques, avec diarrhée (2 ou 3 selles par jour). Amaigrissement de 5 kilogrammes. Ventre très souple. Douleur à la pression de la région appendiculaire et de l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane. Foie un peu débordant. Pas de point cystique net.

Antécédents : fièvre typhoïde à quatorze ans.

Radioscopie : estomac biloculaire, en position debout, et en position couchée. Evacuation rapide. Douleur cæco-appendiculaire.

On conseille l'appendicectomie, avec exploration de l'estomac.

Intervention (Pr Gosset) : « Incision médiane. Rien à l'estomac, un peu gonflé par les gaz : fausse biloculation. Rien à la vésicule. Appendice petit, sclérosé, douloureux, friable : appendicectomie. » Trois ans après l'intervention, les troubles digestifs ont pour ainsi dire complètement disparu.

OBSERVATION V

(Gutmann, *Syndromes douloureux de la région épigastrique.*)

Appendicite chronique. Dyspepsie hypersthénique faisant penser à un ulcère. Appendicectomie. Résultat assez peu favorable.

Mlle Pel... Marika, 22 ans, souffre depuis six ans de douleurs gastriques à type tardif, vers quatre heures de l'après-midi et souvent la nuit vers minuit; crampes, brûlures ou pesanteurs; les douleurs sont calmées par les alcalins.

Elles sont à peu près quotidiennes ; de temps en temps, la malade ne souffre pas pendant trois ou quatre jours. Le régime améliore cet état sans le guérir, l'inobservance du régime l'aggrave. Colite légère avec constipation et fausse diarrhée. Souffre davantage quand elle est constipée, quand les selles sont régulières va mieux : a suivi une cure dans une maison de régime en Suisse, et a cessé pendant deux mois de souffrir. Dès son retour à Paris, les troubles dyspeptiques ont recommencé.

On a porté à plusieurs reprises, à Paris et en Suisse le diagnostic d'ulcus que nous rejetons à cause de l'histoire de la malade et nous posons celui de dyspepsie hypersthénique d'origine colitique.

Examens radiologiques : aucune déformation gastrique. Traitement intestinal.

Nous revoyons la malade un an plus tard : elle a été opérée sans notre avis (cicatrice épigastrique médiane). On n'a

rien trouvé ni à l'estomac, ni au duodénum. On a enlevé l'appendice. L'état gastrique est amélioré.

OBSERVATION VI

(Gutmann, *Syndromes douloureux de la région épigastrique*)

Appendicite chronique. Dyspepsie hypersthénique faisant penser à un ulcus de la petite courbure. Appendicectomie.

Un homme de vingt-cinq ans vient nous consulter le 25 février 1926. Il est malade depuis un an sans périodicité. Il souffre tous les jours de l'estomac, trois à quatre heures après les repas. Parfois il présente une douleur sous-costale gauche. Il accuse des nausées fréquentes. Constipation habituelle, nervosité, idées neurasthéniques.

Des radiographies en série montrent sur tous les clichés une image diverticulaire, du type de la niche, au tiers supérieur de la petite courbure, sans encoche sur la grande courbure.

Le traitement médical apporte peu de soulagement. Notre observation porte ici la mention suivante : Devant la netteté des signes radiologiques et malgré l'absence complète des signes de l'ulcus dans l'histoire clinique, on décide d'intervenir.

Intervention (Dr Petit-Dutaillis) : on ne voit pas d'ulcus, ni sur l'estomac ni sur le duodénum. La vésicule est normale. On va par la même incision au cæcum et on amène au dehors un appendice très malade, très long, très enflammé.

Il s'est donc agi d'une dyspepsie hypersthénique d'origine appendiculaire avec faux aspect de niche dû à un spasme.

OBSERVATION VII

(Flandin. *L'appendicite simulatrice*, *Bulletin Médical*, février 1925).

Appendicite chronique. — Syndrome pylorique faisant penser à ulcère pyloro-duodénal. — Appendicectomie. — Résultat très favorable.

Au mois d'août 1927, un jeune Russe de 22 ans nous est adressé avec le diagnostic d'ulcère d'estomac par notre ami le Dr Lutaud, qui désire avoir un avis médical sur l'opportunité d'une gastro-entérostomie.

Le malade, qui a vécu au Caucase, puis en France, depuis la révolution, est un jeune homme vigoureux, adonné aux sports, mais ayant l'habitude ancienne d'une nourriture riche, très épicée, arrosée de champagne, vodka, etc. Depuis deux ans, il souffre de douleurs à siège épigastrique, à caractère transfixique, survenant trois à quatre heures après le repas, soulagées par le vomissement ainsi que par l'ingestion des aliments et surtout de poudres absorbantes ou alcalines. Ces crises gastriques, symptomatiques de spasme pylorique, revêtant habituellement le type tardif qui fait penser à l'ulcère pyloro-duodénal, n'ont jamais été accompagnées de vomissements sanglants et on n'a jamais constaté de melæna. Le suc gastrique examiné, il y a un an environ a permis de constater une hyperchlorhydrie marquée. Sous l'écran, on a pu voir une encoche permanente

dans la région pylorique, avec du spasme entraînant de la stose gastrique. Le diagnostic d'ulcère pyloroduodénal a été posé et le malade a été mis à un régime alimentaire sévère, avec traitement prolongé par les poudres alcalines absorbantes et repos. Il vient de passer dans ces conditions plusieurs mois dans le Midi, a amélioré son état général, souffre moins, mais ne peut se permettre aucun écart de régime, aucune fatigue, sans avoir une crise douloureuse accompagnée d'une légère élévation thermique et d'un état saburral se prolongeant pendant quelques jours. C'est dans ces conditions qu'il est revenu à Paris, avec tout un dossier d'examens chimiques et radiologiques de l'estomac, demander au Dr Lutaud de le délivrer chirurgicalement d'une véritable infirmité douloureuse lui interdisant toute vie normale.

En interrogeant ce jeune homme, nous trouvons dans son passé le souvenir d'indigestions fréquentes et de véritables crises abdominales douloureuses et fébriles. Des accès de fièvre répétés, qualifiés fièvre de fatigue par les uns, d'accès paludiens par d'autres, l'ont atteint jadis au Caucase et ont été souvent accompagnés de vomissements et de douleurs gastriques. Ce n'est que progressivement que la souffrance de l'estomac est devenue permanente.

Lorsque nous examinons notre malade couché bien à plat sur le dos, nous trouvons toute la zone gastrique douloureuse avec un maximum à droite de la ligne médiane, dans la région pylorique. L'estomac se contracte manifestement sous la main qui le palpe. Mais l'étage sous-ombilical n'est pas normal et, dans la fosse iliaque droite, la palpation, même douce et progressive, détermine une contracture

invincible du muscle grand droit ; la douleur provoquée au point de Mac Burney s'accompagne de flexion de la cuisse et entraîne une irradiation douloureuse au creux épigastrique. La sensation pénible est assez forte pour faire pâlir le malade dont le visage se couvre de sueurs et qui accuse un état nauséeux.

En somme, si toutes les sensations subjectives sont rapportées à l'estomac, l'examen objectif détermine un maximum dans la région appendiculaire où la douleur provoquée et la défense musculaire sont démonstratives d'une appendicite.

Dans ces conditions, nous posons le diagnostic ferme d'appendicite et demandons un nouvel examen radiologique, de tout le tube digestif cette fois.

Cet examen est pratiqué très soigneusement, par un radiographe ignorant le passé du malade ; ce radiologiste nous envoie des radiographies montrant une encoche nette dans la région pyloro-duodénale, avec image lacunaire ; il conclut à l'existence d'un ulcère impliquant le spasme gastrique et la stase iléo-cæcale et un point douloureux dans la région appendiculaire.

Nous demandons alors à revoir le malade sous l'écran et, avec le Dr Lutaud, nous constatons que l'image suspecte du pylore existe bien, mais se déplace du pylore vers le duodénum lorsqu'on prolonge assez longtemps l'examen. Par contre, les signes de l'appendicite ne sont pas douteux. Aussi, nous affirmons la nécessité d'une appendicectomie et demandons une incision médiane pour permettre l'exploration minutieuse de l'estomac et du duodénum.

L'opération, pratiquée par le Dr Lutaud, permit d'enlever

un vieil appendice en voie de transformation fibreuse avec une série de rétrécissements cicatriciels et contenant de la sérosité louche. Le pylore et le duodénum ne présentaient aucune lésion visible, aucune zone suspecte à la palpation ; la vésicule biliaire était normale.

L'évolution de ce cas a été des plus simples : du fait de l'ablation de l'appendice, le syndrome douloureux gastrique a disparu. Notre jeune Russe, ayant oublié la souffrance passée, a repris sa vie d'antan et, malgré nos conseils, a abandonné tout régime. Plus de six mois de guérison nous paraissent suffisants pour qu'on puisse considérer l'épreuve comme décisive et qu'il soit permis de faire état de ce cas.

OBSERVATION VIII

(Arbeit, thèse de juillet 1924.)

Dyspepsie hypersthénique, avec hypersécrétion très acide, ayant fait porter le diagnostic d'ulcère probable. Douleur appendiculaire. Exploration négative de l'estomac et du carrefour sous-hépatique. Appendicectomie. Pas d'amélioration clinique nette.

Mlle B..., entrée le 19 novembre 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Début des troubles dyspeptiques remontant à deux ans. Tout d'abord sensation de pesanteur survenant immédiatement après les repas. Puis sont apparues de véritables douleurs à caractère de brûlures, survenant aussitôt après l'ingestion des aliments, avec recrudescence deux heures après. A ce moment la douleur est très violente, à caractère téré-

brant : cette douleur tardive dure une demi-heure à deux heures. La gastralgie se produit presque quotidiennement avec exacerbation par périodes d'une semaine environ chaque mois. Renvois acides le matin. Etat nauséeux intermittent avec vomissements alimentaires et bilieux de temps à autre au moment des paroxysmes douloureux. L'alimentation calmait au début les douleurs ; cet effet sédatif diminue de netteté. Pas d'hémorragie du tube digestif. Constipation opiniâtre.

L'examen de l'abdomen montre du clapotage à jeun, une douleur épigastrique, un point douloureux appendiculaire.

Radioscopie. — Estomac dilaté, ptosé, avec couche abondante de liquide d'hypersécrétion. On note au niveau de la petite courbure l'existence d'un spasme localisé et persistant. En position couchée, cæcum fixe ; point douloureux appendiculaire

Le tubage à jeun donne 110 centimètres cubes de liquide très acide. HCl libre 1,75. Acidité totale 3,60.

Leucocytose à polynucléaires ; 16.000 globules blancs dont 88 % de polynucléaires.

Mise au traitement médical par l'atropine à doses progressives (1/4 à 2 millig.) par le benzoate de benzyle (LX gouttes) par la diathermie, le malade n'accuse aucune amélioration de ses phénomènes subjectifs, et on trouve le même degré d'hypersécrétion.

Une intervention est proposée avec le diagnostic : Ulcus probable ; douleurs au point appendiculaire. L'existence d'un ulcus est possible en raison de l'intensité des phénomènes gastriques, et de la déformation spasmodique constatée au niveau de la petite courbure.

Opération le 11 mars 1921, par le professeur Gosset, « Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un estomac plutôt hypotonique, sans musculature hypertrophiée, sans ulcère. Pas de lésion vésiculaire. On va à l'appendice et on le trouve scléreux blanc. Appendicectomie. »

Revue dans le cours de 1921 et de 1923, la malade n'accuse aucune amélioration nette ; toujours douleurs tardives, et hypersécrétion.

OBSERVATION IX

(Arbeit, thèse de juillet 1924.)

Appendicite chronique avec syndrome d'ulcère et hématémèse, exploration négative de l'estomac.

Mlle A..., 19 ans, entrée en juillet 1917 dans le service du Dr Enriquez.

Début des troubles dyspeptiques remontant à 6 ans environ. D'emblée syndrome tardif, douleurs trois ou quatre heures après le repas, souvent douleurs nocturnes réveillant la malade. Régurgitations acides ou glaireuses. Alternatives de diarrhée et de constipation.

Pas d'amélioration par les traitements médicaux. La dyspepsie est continue, sans accalmies. Appétit conservé : pas d'amaigrissement notable.

En avril 1917, une hématémèse très abondante, suivie de mæléna fait porter le diagnostic d'ulcus.

Mais indépendamment de ces troubles gastriques, il existe un syndrome appendiculaire, caractérisé par une douleur au point de Mac Burney et un état nauséeux. Troubles nerveux : céphalée, insomnie.

Radioscopie : Douleur pyloroduodénale. Point de Mac Burney. Stase iléale.

Intervention le 2 août 1917 (Dr Pauchet).

« Exploration de l'estomac par décollement épiploïque : rien d'anormal. Vu l'existence d'hémorragies, on incise l'organe et on explore la muqueuse au moyen d'un spéculum introduit dans la fente. La muqueuse est un peu rouge mais ne présente pas d'ulcération.

Ablation de l'appendice qui est long et tortueux. Pas de bride de Lane ». Non revue.

OBSERVATION X

(Arbeit, thèse de juillet 1924.)

Dyspepsie avec retard de l'évacuation gastrique et stase barytée de 9 heures, ayant fait porter le diagnostic de sténose pylorique par ulcère. Intervention : pas d'ulcère, appendicite chronique avec épiploïte.

Mme B..., 63 ans, entrée le 16 décembre 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Bien portante jusqu'en 1918. Se plaint depuis deux ans de douleurs lombaires, et depuis six mois de troubles dyspeptiques, sensations de ballonnement, de plénitude gastrique avec parfois douleurs épigastriques apparaissant immédiatement après les repas, durant une heure environ, et irradiant à l'hypocondre droit. Pas de vomissements alimentaires, parfois régurgitations acides. Appétit conservé. Amaigrissement notable.

L'examen montre un point douloureux maximum à deux

travers de doigt à droite de l'ombilic. Fosse iliaque droite et épigastre légèrement douloureux.

Radioscopie : Neuf heures après le dernier repas baryté, stase d'environ 100 centimètres cubes dans le bas-fond stomacal qui se dessine en forme de cuvette, le reste des repas opaques occupe les anses iléales, le cæcum, le côlon ascendant, et l'origine du transverse.

L'ingestion sous l'écran d'une nouvelle quantité de gélobarine montre un retard notable au passage du cardia (spasme du cardia) L'estomac est hypotonique, ptosé, basfond à 13 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Etirement du segment moyen, aspect en crochet du segment inférieur. Quelques contractions font passer la baryte dans le bulbe et la deuxième portion du duodénum, qui restent visibles durant tout l'examen. Douleur très localisée à la pression au niveau de la deuxième portion du duodénum.

En position couchée, on note deux points douloureux, l'un correspondant à la deuxième portion du duodénum, l'autre à la région cæco-appendiculaire. Ascension cæcale de 7 centimètres en position couchée.

La stase barytée et la douleur pyloro-duodénale font porter le diagnostic de sténose organique du pylore, avec ulcère probable pyloro-duodénal.

Intervention le 13 décembre 1920 par le professeur Gosset. « Diagnostic opératoire : appendicite chronique, dislocation verticale de l'estomac, épiploïte.

Appendicectomie et résection totale de l'épiploon. Laparatomie médiane sus-ombilicale. On explore. La vésicule est un peu plus blanche que normalement, mais on ne sent pas de calculs dans son intérieur. L'estomac est disloqué mais il

n'y a pas d'ulcère ni au pylore, ni à la jonction de la première et de la deuxième portion du duodénum. Dans ces conditions, on va regarder le cæcum et on voit un appendice rétro-cæcal dont la pointe remonte jusqu'à l'angle droit du transverse. Il est peu éloigné de la région pylorique, scléreux. On l'enlève par écrasement et on l'enfouit. Terminaison de l'iléon non coudée. Epiploon malade : on le résèque en totalité en le liant en 9 paquets. »

Non revue.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Appendicite chronique à forme de dyspepsie atonique. Appendicectomie. Résultat très favorable.

M. R..., 33 ans, est vu pour la première fois au mois de mai 1927.

Il se plaint de troubles dyspeptiques ayant débuté au commencement de janvier 1927. Il éprouve après les repas une sorte de gêne, les digestions sont lentes et difficiles : il a envie de dormir, et se trouve parfois plongé dans une véritable torpeur. Progressivement ces troubles s'accentuent. Après déjeuner, jusqu'à 4 et 5 heures de l'après-midi, le malade est dans un état de malaise général. Le travail lui est presque impossible. Il a en outre des renvois acides, des troubles vasomoteurs, de l'acrophagie. Il a également des nausées, et il arrive même que le malade présente un état nauséeux assez prolongé.

Il a quelquefois des vomissements qui surviennent un certain temps après les repas, 3 à 4 heures. Après les repas

le malaise que le malade ressent est d'autant plus grand que les repas sont plus abondants. Il est soulagé lorsqu'il s'étend. Le malade est en outre nerveux, il a souvent de la céphalée et quelquefois comme des vertiges.

Il éprouve en plus comme une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit avec parfois des élancements douloureux. Le malade, plutôt constipé, a de temps à autre des débâcles diarrhéiques.

Le visage terreux présente un cercle péribuccal grisâtre. D'autre part il a maigri considérablement, il a perdu 7 kilos. Il presente des poussées thermiques assez fréquemment. L'appétit est très diminué.

L'examen de l'abdomen ne révèle aucune contracture, le ventre est souple. La région du Mac Burney est un peu douloureuse à la palpation. On note également une certaine sensibilité de l'hypocondre droit, le foie déborde légèrement le rebord costal. D'autre part on constate sensiblement au milieu de la ligne joignant l'ombilic à l'appendice xyphoïde un point douloureux.

L'examen du suc gastrique permet de constater une légère hyperchlorhydrie.

La radioscopie nous montre un estomac dilaté, atonique, ptosé, il existe du retard à l'évacuation. Le bulbe duodénal est normal. On détermine une douleur cæco-appendiculaire. On conclut à une appendicite chronique et une intervention chirurgicale est proposée et acceptée.

On fait une incision médiane sus-ombilicale qui permet d'explorer la vésicule ainsi que les organes voisins. On trouve un appendice long et gros, légèrement enflammé à sa pointe et présentant quelques adhérences.

L'ablation de l'appendice et des adhérences est pratiquée. Le malade voit aussitôt ses troubles dyspeptiques disparaître. Il suit un régime pendant plusieurs mois puis il cesse et mène actuellement une vie normale.

CONCLUSIONS

1° A côté des appendicites dont l'évolution, relativement bénigne, s'accompagne de signes réactionnels au niveau de l'estomac, il en est d'autres relativement fréquentes, dont la symptomatologie locale est plus ou moins fruste ou même totalement absente, tandis que les signes gastriques sont au premier plan du tableau clinique. Ces appendicites à forme gastralgique (Flandin) sont intéressantes à connaître pour le praticien qui, en dépistant par une étude clinique minutieuse la lésion appendiculaire en cause, saura lui opposer un traitement médical ou chirurgical étiologique et partant efficace

2° Les signes observés du côté de l'estomac dans ces formes spéciales de l'appendicite chronique réalisent le plus souvent le syndrome de la dyspepsie hypersthénique, il s'y adjoint fréquemment un certain degré de spasme du pylore, qui peut dans certains cas entraîner un syndrome pylorique absolument typique. Cependant certaines nuances de la symptomatologie, l'allure générale de l'évolution des troubles, l'examen radiologique bien conduit, permettent en général d'éliminer toute lésion organique de l'estomac et d'écarter le diagnostic de dyspepsie d'origine vésiculaire pour arriver à envisager celui d'appendicite à forme gastralgique.

Dans des cas plus rares, le tableau clinique réalisé est celui de la dyspepsie hyposthénique, et il faut savoir encore en pareil cas penser à l'appendice.

3° On est donc amené à faire une exploration méthodique de la région appendiculaire par les procédés que la clinique et la radiologie mettent à notre disposition. Cette exploration doit être particulièrement minutieuse, d'autant que s'il y a parfois une réaction locale assez nette, on peut aussi trouver des appendicites à forme gastralgique avec des signes locaux entièrement frustes.

4° Dans tous les cas, le fait d'avoir ramené les troubles gastriques présentés par le malade à leur cause appendiculaire, permettra au médecin d'appliquer la thérapeutique appropriée. Si le traitement peut rester médical dans certains cas, il ne faudra pas hésiter à proposer au besoin le traitement chirurgical, l'appendicectomie. Celle-ci, pratiquée soit par incision iliaque large, soit plutôt par incision sus-ombilicale médiane pour permettre une exploration facile des lésions qui peuvent coexister, amènera dans la grande majorité des cas une guérison rapide et définitive, confirmant à la fois le diagnostic et la conduite thérapeutique adoptée.

Vu : le Président de la thèse,
ACHARD.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Arbeit. — Les syndromes gastralgiques d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 10 juillet 1924.

Blacker. — Chronic appendicitis and its gastric relations (Colorado Medical, Deuver, 1917, XIV, p. 213).

Flandin. — L'appendicite à forme gastralgique (Bulletin Médical, nº 10, février-mars 1928, p. 265).

Grondall. — Der kronische appendicit of gastro-intestinal funktions forstyrrebr (8º Kristiana, 1917).

Gutmann. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique (Bibliothèque des grands syndromes).

Hurst. — Chronic appendicitis and appendicular dyspepsia (Guys Hosp. Report, 72-386, octobre 1922).

Illoway. — Chronic appendicitis in its relation te hyperacidity of the gastric fuice a clinical study (New-York Medical Journal, 1913, XCVIII, p. 162).

Lacouture. — Sur un cas d'appendicite chronique à forme gastralgique (Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1911, p. 609).

Leitham Green. — The frequency with which chronic inflammatory trouble in the appendix gives rix to typical symptoms of gastric and duodenal ulcération (Birmingham Med. Review, 1914, LXXV, p. 20).

Luis Yague. — Un caso comun de appendicitis cronics coïncidente con affection gastrica (Revue Ibero Americana de cienc. Med., Madrid, 1912, XXII, p. 93).

Myer. — Chronic appendicitis with gastric manifestations only (Wukly Bull. Saint Louis Médical. Soc., 1909, III, p. 294).

Paterson. — Appendicectomy for appendicular gastralgia (Medical Press. et circ., London, 1912, n. s. XCIV, p. 63).

— Appendicular gastralgia or the appendix as a cause of gastric symptoms (Proc. roy. Soc. méd. Quirurg, sect. 1909-1910).

Sandoval Amoros. — Appendicitis crónica simulando una ulcera gastro-duodénal (Archives espagnóles de enfermedades del aparato digestivo y de la nutricion, nº 7, Julio 1929, p. 400).

Suiger. — On the secretory activity of the stomach in chronic appendicitis with gastric symptoms (Lancet, London, 1912, II, p. 1711).

943. — Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-30

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 365

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges BOQUEL

Né à Angers, le 4 février 1898
Interne des Hôpitaux de Paris

LA COLPO-HYSTÉRECTOMIE ÉLARGIE

PAR VOIE COMBINÉE VAGINO-ABDOMINALE

POUR CANCER DE L'UTÉRUS

Président : M. PIERRE DUVAL, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930